

**SCHEMA DI DOMANDA DI INDENNITA' PER LA MEDICINA DI GRUPPO**

Al Direttore Generale  
Azienda Unità Sanitaria Locale n.5  
Via La Farina, 263/N  
98124 MESSINA

I dottori:

1. ....  
nato a .....prov. .... il .....  
residente a ..... prov. ....  
Via ..... n. .... CAP .....  
medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.5 di Messina  
codice regionale .....
2. ....  
nato a .....prov. .... il .....  
residente a ..... prov. ....  
Via ..... n. .... CAP .....  
medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.5 di Messina  
codice regionale .....
3. ....  
nato a .....prov. .... il .....  
residente a ..... prov. ....  
Via ..... n. .... CAP .....  
medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.5 di Messina  
codice regionale .....
4. ....  
nato a .....prov. .... il .....  
residente a ..... prov. ....  
Via ..... n. .... CAP .....  
medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.5 di Messina  
codice regionale .....

5. ....  
nato a .....prov. .... il .....  
residente a ..... prov. ....  
Via ..... n. .... CAP .....  
medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.5 di Messina  
codice regionale .....

C H I E D O N O

la corresponsione dell'indennità per la medicina di gruppo (art. 59, lett. b), comma 4, accordo collettivo nazionale 23 marzo 2005).

A tal fine dichiarano (1), ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, di essere in possesso dei requisiti previsti dall'accordo collettivo regionale, reso esecutivo con decreto n. 1694 dell'8 agosto 2007, e di avere depositato, ai sensi di legge, l'atto costitutivo all'Ordine provinciale dei medici di Messina, registrato al prot. n. .... del .....

Si allega alla presente copia dell'atto costitutivo dell'associazione.

Data .....

Firme (2)

1) .....

2) .....

3) .....

4) .....

5) .....

---

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2) Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**Da compilarsi esclusivamente a cura del medico  
inserito successivamente alla costituzione dell'associazione**

Il dottore .....  
nato a .....prov. .... il .....  
residente a ..... prov. ....  
Via ..... n. .... CAP .....  
medico di assistenza primaria convenzionato con l'azienda sanitaria locale n.5 di Messina  
codice regionale .....

**D I C H I A R A (1)**

Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 di essere inserito nell'associazione di cui sopra a far data dal  
.....

A tal fine chiede la corresponsione dell'indennità di medicina di gruppo.

Data .....

Firma (2) .....

---

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2) Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.